

نقش واسطه‌ای شناخت ناکارآمدی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری-عملی

علیرضا مخبر دزفولی^۱، فاطمه رضایی^{۲*}، مسعود صادقی^۲

چکیده

زمینه و هدف: مدل‌های شناختی معتقدند که شناخت به صورت سلسله‌مراتبی سازمان یافته است طوری که طرحواره‌های ناسازگار از طریق پردازش شناختی سطحی، رفتار را تحت تأثیر قرار می‌دهند. هدف این مطالعه تعیین نقش واسطه‌ای شناخت ناکارآمدی بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری-عملی بود. روش بررسی: آزمودنی‌های این پژوهش مقطعی-توصیفی، ۵۰۰ نفر از کارکنان شرکت فولاد خوزستان بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای، انتخاب شدند. در این مطالعه، پرسش‌نامه‌ی وسواس فکری-عملی (OCI-R)، پرسش‌نامه‌ی باورهای وسواسی در حیطه‌ی شناخت (OBQ-44)، مقیاس نگرش ناکارآمدی (DAS)، فرم کوتاه ۹۰ سوالی پرسش‌نامه‌ی طرحواره‌های یانگ و پرسش‌نامه‌ی افکار خودآیند منفی (NAT) استفاده شد. داده‌ها با آزمون‌های آماری همبستگی پیرسون و معادله‌سازی ساختاری به وسیله‌ی نرم‌افزارهای SPSS^{۱۹} و AMOS^{۱۹} مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مدل پیشنهادی به خوبی برازش شده است. در این مدل، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شناخت ناکارآمدی اثر مستقیم و معناداری بر وسواس فکری-عملی داشتند ($P < 0/001$) و شناخت ناکارآمدی به طور معناداری بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه و وسواس فکری-عملی میانجی‌گری کرد ($0/31 - CI = 0/14$).

نتیجه‌گیری: این مطالعه نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه، پردازش سطحی شناختی را هدایت می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در درمان وسواس فکری-عملی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شناخت ناکارآمدی توجه شود.

کلید واژگان: طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شناخت ناکارآمدی، وسواس فکری-عملی.

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی.

۲- استادیار گروه روانشناسی.

۱ و ۲- گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

* نویسنده مسؤل:

فاطمه رضایی؛ گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

تلفن: ۰۰۹۸۹۱۳۳۶۶۲۵۱۵

Email: rezaeipsyc@gmail.com

مقدمه

تدوین یک مدل طرحواره‌ای و شناختی برای اختلال وسواس فکری فکری عملی دو چندان می‌شود. طرحواره به عنوان یک چارچوب سازمانی تعریف می‌شوند که از طریق آن، افراد احساسات شان درباره زندگی را می‌سازند. طرحواره‌ها مانند عدسی در زندگی شخصی افراد عمل می‌کنند و روش هایی را که افراد از طریق آن، تجارب را تفسیر می‌کنند، سازمان‌دهی می‌کنند و امروزه نشان داده شده که طرحواره‌ها نقش مهمی در فرایند شکل‌گیری OCD دارند (۷). یانگ (Young) و همکاران (۸) زیر مجموعه‌ای از طرحواره‌ها را پیشنهاد می‌کنند که طرحواره‌های ناسازگار اولیه (Early Maladaptive Schemas)، نامیده می‌شوند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، اساساً مضمون‌های تلویحی و ناهشیار هستند که توسط افراد حفظ می‌شوند و به عنوان یک الگو برای پردازش تجارب به کار می‌روند. در نتیجه در سرتاسر زندگی گسترش می‌یابند و رفتارها، افکار، احساسات و روابط با سایر مردم را تعیین می‌کنند. اساساً طرحواره‌های ناسازگار اولیه، بازنمایی‌های معتبری از تجارب ناخوشایند دوران کودکی هستند، به این خاطر که طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دوران اولیه‌ی زندگی ایجاد می‌شوند، عادی، انکارناپذیر و بسیار انعطاف‌ناپذیرند و اغلب خودانگاره و دیدگاه فرد درباره‌ی دنیا را مشخص می‌کنند. حتی زمانی که شواهدی برای رد طرحواره‌ها ارائه شود، بسیاری از افراد، اطلاعات را تحریف می‌کنند تا اعتبار طرحواره‌های ناسازگار اولیه را تأیید کنند (۸). این طرحواره‌ها بعد از فعال شدن در سطح رفتاری و شناختی ظاهر می‌گردند و احتمال ابتلاء به اختلال روان‌شناختی را افزایش می‌دهند (۸). در همین راستا، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در اختلال وسواس

اختلال وسواس فکری- عملی (obsessive-compulsive disorder)، یک اختلال اضطرابی ناتوان‌کننده است که خصیصه‌ی اصلی آن وجود وسواس‌های فکری (افکار، ایده‌ها، تصاویر و تکانه‌های مزاحم، نامناسب و تکراری) و اجبارهای مکرر و شدیدی است که رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای را برای فرد به بار می‌آورند. این وسواس‌ها یا اجبارها، سبب اتلاف وقت می‌شوند و اختلال برجسته‌ای در روند معمولی یا طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی، یا روابط فرد ایجاد می‌کنند. بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی ممکن است فقط وسواس فکری، عملی و یا هر دوی آن‌ها را، با هم داشته باشد (۱).

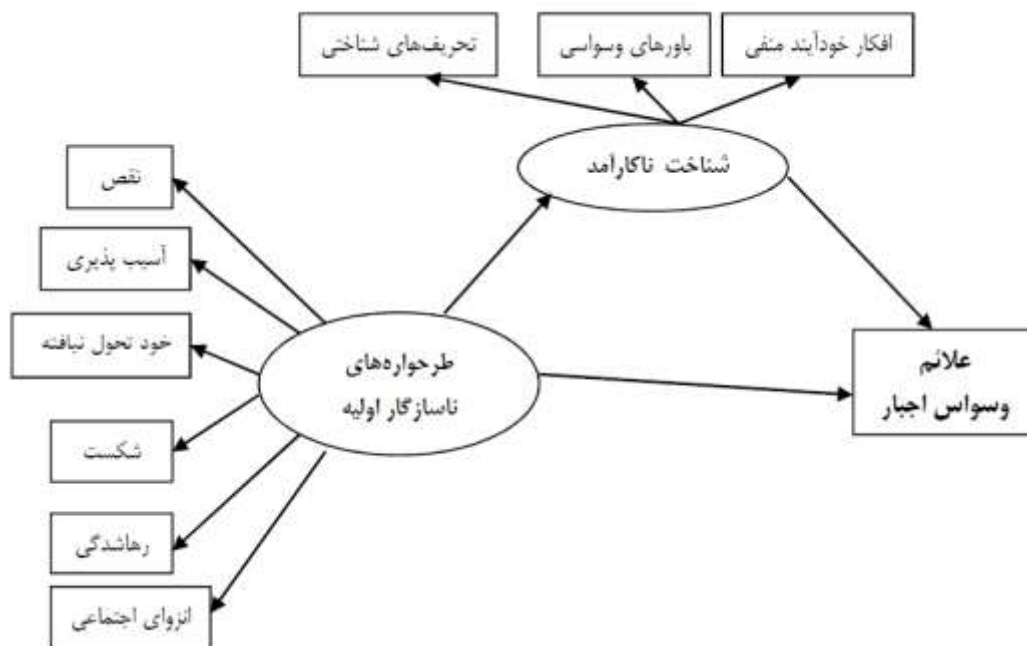
در طی سال‌های اخیر این اختلال، توجه زیادی را به خود جلب کرده و موضوع مطالعات متعددی قرار گرفته است. علت اصلی این توجه را می‌توان به افزایش شیوع این اختلال طی سه دهه‌ی گذشته نسبت داد (۲). تا قبل از دهه‌ی ۱۹۷۰، اختلال وسواس فکری-عملی، اختلالی نادر شناخته می‌شد که به درمان مقاوم است و به همین دلیل، مطالعه‌ی کنترل شده در مورد این اختلال، وجود نداشت اما در حال حاضر این اختلال چهارمین دلیل مراجعه به روانپزشک، معرفی شده است (۳) تا جایی که ۲۰ تا ۶۰ درصد از جمعیت غیربالینی، وجود افکار وسواسی را گزارش می‌کنند، این رقم در میان جمعیت بالینی تا ۹۴ درصد هم می‌رسد (۴، ۵) و به نظر سازمان جهانی بهداشت (World Health Organization) دهمین علت ناتوانی است (۶). به همین دلیل نیاز است تا برای تبیین و درمان این اختلال، پژوهش‌های زیادی انجام گردد. همچنین از آن جا که در مدل‌سازی این اختلال، کمتر به فرایند طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شناخت توجه شده است، اهمیت

مرتکب اشتباه شوند، نتیجه‌گیری دلبخواهی و فوری داشته باشند، به موضوعات شاخ و برگ بدهند و باورهای وسواسی پیدا کنند. این شناخت ناکارآمد، باعث می‌شود فرد به رویدادهای گذشته و حال، معانی منفی نسبت دهد و درباره‌ی آینده، پیش‌بینی‌های ملال آور کند (۱۴). بنابراین، شناخت ناکارآمد، بین طرحواره‌های ناسازگار و OCD واسطه‌گری می‌کند. در این راستا، مطالعات زیادی، نقش مستقیم شناخت ناکارآمد را در وسواس فکری-عملی تأیید کرده‌اند. برای مثال، هزل (Hezel) و همکاران (۱۵) نشان دادند که شناخت ناکارآمد به طور معناداری OCD را پیش‌بینی می‌کند. آلبرت (Albert) و همکاران (۱۶) نیز گزارش کردند که شناخت ناکارآمد (به ویژه باورهای وسواسی) در ابتلاء به وسواس فکری-عملی نقش اساسی دارد. علاوه بر این، سایر پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که شناخت ناکارآمد، اثر مستقیمی بر OCD دارد (۲۰-۱۷).

اما کمتر مطالعه‌ای در قالب یک مطالعه‌ی معادله‌ی ساختاری، به بررسی اثر غیرمستقیم طرحواره ناسازگار (از طریق شناخت ناکارآمد) بر OCD پرداخته است. فقط در یک مطالعه‌ی مشابه، ربیعی و همکاران (۲۱) نشان دادند که باورهای بنیادین از طریق واسطه‌گری شناخت ناکارآمد منجر به وسواس می‌گردد. بنابراین، هدف اساسی این مطالعه، تدوین یک مدل طرحواره‌ای و شناختی برای OCD می‌باشد و در این راستا، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به سؤال زیر است: آیا مدل طرحواره‌ای و شناختی برای تبیین اختلال وسواس فکری-عملی (شکل ۱) از برآزش مطلوبی برخوردار است؟

فکری-عملی، طرحواره‌های رهاشدگی، نقص/شرم، شکست و بی‌کفایتی، به خوبی علائم این اختلال را پیش‌بینی می‌کنند (۷). همچنین نتایج پژوهش کیم (Kim) و همکاران (۹) نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار شرم، انزوای اجتماعی و شکست، در بیماران وسواسی نسبت به افراد بهنجار به طور معناداری بیشتر هستند. در این پژوهش همچنین دو طرحواره‌ی آسیب‌پذیری نسبت به بیماری و خود تحول‌نیافته، علائم بیماری وسواس فکری-عملی را پیش‌بینی کردند. یافته‌ای که لانچر (Lochner) و همکاران (۱۰) و آتالی (Atalay) و همکاران (۱۱) آن را نشان داده بودند. در این راستا، گوردزی و همکاران (۱۲) در یک مطالعه‌ی علی-مقایسه‌ای با بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و افراد بهنجار، نشان دادند که تمام طرحواره‌های ناسازگار اولیه در گروه وسواس فکری-عملی از افراد بهنجار به طور معناداری بالاتر است. اما تمام این مطالعات فقط اثر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر وسواسی را بررسی کرده‌اند در حالی که طرحواره‌ها، یک اثر غیرمستقیم (از طریق شناخت ناکارآمد) نیز دارند که مورد اغماض این مطالعات قرار گرفته است.

در نظریات شناختی طرحواره، عمیق‌ترین سطح روان‌شناختی تلقی می‌شود که در سطوح مختلف، منجر به گسترش باورهای وسواسی، نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی (شناخت ناکارآمد) می‌گردد. به عبارت دیگر وقتی طرحواره شکل گرفت، فرآیند شناختی افراد، به وسیله‌ی آن هدایت می‌شود تا به اختلال روان‌شناختی مبتلا گردند (۱۳). یعنی طرحواره باعث می‌شود، افراد هنگام نتیجه‌گیری از تجربیات-شان



شکل ۱: مدل پیشنهادی وسواس فکری-عملی

روش بررسی

بدین منظور، ابتدا از میان بخش‌های مختلف شرکت فولاد خوزستان ۲ بخش "فولادسازی" و "تعمیرات و نگهداری" به طور تصادفی انتخاب شدند و سپس به طور تصادفی از هر بخش ۳ واحد انتخاب شده و از هر واحد تعداد ۱۰۰ انتخاب گردید (جمعاً ۶۰۰ نفر). بعد از انتخاب آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه‌ها به صورت گروهی پخش گردید و شرکت‌کنندگان در مدت زمان ۵۰ دقیقه پرسش‌نامه‌ها را پر کردند. از ۶۰۰ پرسشنامه، ۸۱ پرسشنامه به علت این که کامل پر نشده بودند، کنار گذاشته شدند و تعداد نمونه به ۵۱۹ نفر تقلیل یافت. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: کارمند شرکت فولاد خوزستان، پرکردن فرم رضایت آگاهانه، داشتن حداقل مدرک سیکل. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: داشتن بیماری‌های جسمانی و سواد زیر سیکل. سپس داده‌ها با استفاده از آزمون‌های آماری

پژوهش حاضر، یک مطالعه مقطعی-توصیفی می‌باشد. جامعه آماری، شامل کلیه کارکنان شرکت فولاد خوزستان (۱۰۷۰۰ نفر) بودند که در سال ۱۳۹۵ مشغول به کار بودند. از این جامعه آماری، ۶۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب شدند. کلاین (Kline؛ ۲۲) برای مطالعاتی که از روش معادله‌ی ساختاری استفاده می‌کنند قاعده‌ی سرانگشتی زیر را برای انتخاب نمونه پیشنهاد کرده است: حداقل حجم نمونه برای هر پارامتر محاسبه شده برابر با ۵، نسبت ۱۰ به ۱ مناسب‌تر و نسبت ۲۰ به ۱ و بیشتر مطلوب قلمداد می‌شود. از آن جا که در پژوهش حاضر ۲۳ پارامتر مشاهده شده، وجود دارد تقریباً از نسبت ۲۰ به ۱ کلاین (۲۲) استفاده شد.

مقیاس ۰/۸۵ برآورد گردید. همچنین خدایاری فرد و همکاران (۲۴) روایی همگرای آن را با سیاهه‌ی واسوس اجباری مادزلی، مقیاس وسواس فکری-عملی و مقیاس فکری-عمل یل براون به ترتیب ۰/۴۲، ۰/۵۰ و ۰/۵۲ برآورد کردند.

۳- فرم کوتاه ۹۰ سوالی پرسش‌نامه‌ی طرحواره‌های

یانگ: این پرسش‌نامه، دارای ۹۰ ماده است که ۱۸ حیطه از طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه از قبیل محرومیت هیجانی، رهاشدگی/بی‌ثباتی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، شکست در پیشرفت، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری، خود تحول‌نیافته، اطاعت، ایثار (فداکاری)، بازدارنده‌ی هیجانی، معیارهای سخت‌گیرانه، استحقاق بودن/برتری داشتن، خویش‌تنداری/خود انضباطی ناکافی، تحسین/جلب توجه، نگرانی/بدبینی، خود-تنبیهی را اندازه می‌گیرد. هر آیت‌م به وسیله مقیاس درجه بندی ۶ تایی نمره گذاری می‌شود (۱= کاملاً غلط ۶= کاملاً درست). هر مقیاس دارای ۵ ماده است که یک طرح‌واره‌ی ناسازگار اولیه را اندازه می‌گیرد. دامنه‌ی نمرات هر مقیاس بین ۵ تا ۳۰ می‌باشد، که نمره‌ی بالا، حاکی از میزان بالای طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه در آزمودنی‌هاست. در این مطالعه، از این پرسش‌نامه برای سنجش طرحواره‌های رهاشدگی/بی‌ثباتی، انزوای اجتماعی/بیگانگی، نقص/شرم، شکست در پیشرفت، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و خود تحول‌نیافته استفاده گردید، چون پیشینه‌ی پژوهشی، نقش این شش طرحواره در وسواس را بارز دانسته‌اند (۷، ۹، ۱۰، ۱۲).

یانگ (Young) و همکاران (به نقل از ۲۵) اعتبار

این پرسش‌نامه را با استفاده از روش همسانی درونی و بازآزمایی به ترتیب (۰/۹۵ و ۰/۸۱) گزارش کردند. همچنین در ایران یوسفی (۲۵) اعتبار این پرسش‌نامه را با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه کردن در کل نمونه، به ترتیب (۰/۹۱ و ۰/۸۶)، در دختران (۰/۸۷ و ۰/۸۴) و در

همبستگی پیرسون و تحلیل معادله‌ی ساختاری از طریق نسخه ۱۹ SPSS و AMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در مطالعه‌ی حاضر برای جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

۱- پرسش‌نامه‌ی جمعیت‌شناختی: یک پرسش

نامه‌ی محقق ساخته بود که سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل را مورد سنجش قرار می‌داد.

۲- پرسش‌نامه‌ی وسواس فکری - عملی (OCI-R)

(R): این پرسش‌نامه‌ی خودسنجی، دارای ۱۸ ماده است که علائم OCD را می‌سنجند. نسخه‌ی بازنگری شده، شامل ۶ زیرمقیاس است که هر یک به طور مساوی ۳ ماده دارد در این پرسش‌نامه، از پاسخ‌دهندگان خواسته شده است تا با انتخاب یکی از گزینه‌ها، موافقت خود را با میزان ناراحتی‌ای که هر یک از عبارات‌ها برای آن‌ها در یک ماه گذشته ایجاد کرده در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۰ = هیچ وقت تا ۴ = بیش از حد) اعلام کنند. نمره‌ی کلی صفر تا ۷۲ و نمرات بالاتر، نشان‌دهنده‌ی گرایش بیشتر به وسواس فکری-عملی می‌باشد. تفسیر نمرات این پرسش‌نامه به صورت زیر است: نمره‌ی بین ۰ تا ۲۴: میزان رفتارهای وسواسی-اجباری پایین است. ۲۴ تا ۳۶: میزان رفتارهای وسواسی-اجباری متوسط است. بالاتر از ۳۶: میزان رفتارهای وسواسی-اجباری بالا است.

نسخه‌ی انگلیسی آن از روایی و پایایی مطلوبی

برخوردار است (۲۳). ضریب آلفای کرونباخ OCI-R در نسخه‌ی فارسی برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۵، برای زیرمقیاس وارسی ۰/۶۶، زیرمقیاس نظم ۰/۶۹، زیرمقیاس وسواس فکری ۰/۷۲، زیرمقیاس شستشو ۰/۶۹، زیرمقیاس انباشت ۰/۶۳ و زیرمقیاس خنثی‌سازی ۰/۵۰ به دست آمده است. همچنین اعتبار بازآزمایی آن با محاسبه‌ی ضریب همبستگی اسپیرمن-براون برای گروه OCD بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ و برای گروه غیربالینی بین ۰/۵۷ تا ۰/۶۷ محاسبه شده است (۲۴). در این مطالعه نیز آلفای کرونباخ برای کل

ترتیب برای عامل عمومی ۰/۸۲، کمال طلبی و قطعیت ۰/۸۹، احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید ۰/۸۶، اهمیت و کنترل افکار ۰/۸۳ و انجام کامل امور ۰/۸۰ گزارش گردیده است. همچنین آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و دامنه‌ی همبستگی بین سوالات ۰/۲۷ تا ۰/۵۲ به دست آمده است (۲۷). بعلاوه، روایی همگرایی این پرسشنامه با پرسش‌نامه‌ی وسواس فکری- عملی مادزلی ۰/۵۷، پرسش‌نامه‌ی وسواس فکری- عملی فوآ ۰/۵۰ و با مقیاس اضطراب و افسردگی بک به ترتیب ۰/۳۷ و ۰/۴۹ گزارش شده است (۲۷). در مطالعه‌ی حاضر از نمره‌ی کلی این پرسش‌نامه استفاده شد و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۳ برآورد گردید.

۴- مقیاس نگرش ناکارآمد (DAS): این پرسش‌نامه تحریف‌های شناختی را می‌سنجد که عبارت است از خودسرزندی، درماندگی، ناامیدی و اشتغال ذهنی با خطر و اتفاقات بد. این پرسش‌نامه دارای ۴۰ عبارت می‌باشد که در طیف هفت درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) درجه بندی می‌شود. دامنه‌ی نمرات هر پاسخ دهنده از ۴۰ تا ۲۸۰ متغیر می‌باشد. هرچه نمرات بیشتر باشد، نشان دهنده‌ی تحریفات شناختی بیشتر است. در این پرسش‌نامه سوالات ۲، ۶، ۱۲، ۱۷، ۲۴، ۲۹، ۳۰، ۳۵، ۳۷ و ۴۰ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. وایزمن (Weissman) و همکاران (۲۸) پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و روایی آن را ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز، میزان پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ بسیار بالا یعنی ۰/۹۳ گزارش گردیده است. هم‌چنین روایی همزمان آن با افکار بنیادین، افکار بینابینی، و افکار خود آیند به تأیید رسیده است (۲۱). در مطالعه‌ی حاضر، از نمره‌ی کلی این پرسش‌نامه استفاده شد و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ به دست آمد.

پسران (۰/۸۴ و ۰/۸۱) به دست آوردند. روایی سازه‌ای آن در ایران تأیید شده و روایی همگرایی آن با ابزارهای اندازه‌گیری درماندگی روان شناختی، عاطفه مثبت و منفی، اعتماد به نفس، آسیب‌پذیری شناختی برای نشانگان اختلال افسردگی و اختلال شخصیت نیز مورد تأیید قرار گرفته است (۲۵). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های رهاشدگی ۰/۶۷، انزوا ۰/۶۱، نقص ۰/۷۱، شکست ۰/۶۵، آسیب‌پذیری به ضرر ۰/۷۳ و برای خود تحول نیافته ۰/۶۲ به دست آمد. همچنین برای کل شش زیر مقیاس ۰/۹۱ برآورد گردید.

۳- پرسش‌نامه‌ی باورهای وسواسی در حیطه‌ی

شناخت (OBQ-44): این پرسش‌نامه شامل ۴۴ پرسش می‌باشد که توسط کارگروه شناخت وسواس فکری- عملی (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group) در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است. تغییر میزان تعداد پرسش‌ها و تدوین آن به وسیله‌ی گروه متخصصان کارگروه ساختارهای وسواس فکری- عملی صورت گرفته است. پرسش‌نامه‌ی حاضر، ابعاد بیماری‌زایی در حیطه‌ی شناخت را در بیماران وسواس فکری- عملی مورد ارزیابی و تشخیص قرار می‌دهد. از پاسخ دهنده درخواست می‌شود، میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر کدام از گزینه‌ها به صورت رتبه‌بندی شده روی مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت، از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۷ (کاملاً موافقم) انتخاب کند. دامنه‌ی نمرات از ۴۴ تا ۳۰۸ پراکندگی دارد. نسخه‌ی اصلی آن از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است (۲۶).

نسخه‌ی فارسی آن، دارای شش زیر مقیاس عامل عمومی، کمال طلبی و قطعیت، احساس مسئولیت و ارزیابی خطر و تهدید، اهمیت و کنترل افکار و انجام کامل است. همچنین، همبستگی درون‌گروهی برای مقیاس کل در طی دو مقطع زمانی ۱۵ و ۳۰ روزه، ۰/۸۷ به دست آمده است. مقدار این ضریب برای هریک از مقیاس‌های فرعی، به

۵- پرسش نامه ی افکار خودآیند منفی (ATQ):

برای ارزیابی فراوانی اظهارات منفی خودآیند و میزان اعتقاد به آن ها هولون (Hollon) و همکاران (۲۹) پرسشنامه ی افکار خودآیند منفی را ساخته‌اند. این پرسش نامه ۳۰ سؤال دارد که فراوانی افکار خود آیند را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=هرگز، ۵=همیشه) و همچنین میزان اعتقاد به افکار خود آیند را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (۱=اصلا، ۵=صد در صد) می‌سنجد. دامنه ی نمرات از ۳۰ تا ۱۵۰ پراکندگی دارد. ثبات درونی این پرسش نامه با

یافته‌ها

جدول ۱ توزیع فراوانی نمونه را با میانگین سنی $38/12 \pm 7/6$ براساس، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل نشان می‌دهد.

همانطوری که جدول ۱ نشان می‌دهد نمونه ی این پژوهش، بیشتر متأهل و مرد می‌باشند. همچنین ۲ نفر (۴/۰ درصد) جنسیت خود را مشخص نکردند، ۴ نفر (۸/۰ درصد) وضعیت تأهل را مشخص نکردند. و ۱۳ نفر (۶/۲ درصد) مدرک تحصیلی خود را گزارش نکردند. جدول ۲ ماتریس همبستگی و شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

همان طوری که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تمامی ضرایب همبستگی معنادار می‌باشد. دامنه ی ضریب همبستگی از ۰/۱۰ (بین باورهای وسواسی و افکار خودآیند منفی) تا ۰/۷۲ (بین دو طرحواره ی نقص/شرم و انزوای اجتماعی) پراکندگی دارد. سپس برای بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه در قالب تحلیل معادله ی ساختاری، ابتدا مفروضه‌های روابط خطی میان متغیرها (از طریق نمودار پراکندگی)، عدم هم خطی چندگانه (۵۴/۰=بیشترین

ضریب آلفای ۰/۹۷ و با روش آزمون- بازآزمون ۰/۸۸ گزارش گردیده است (۲۹). همچنین، در پژوهشی که در ایران انجام شده روایی همگرایی بین نمرات این مقیاس و میزان افسردگی در نمونه‌ی اولیه‌ی شرکت کنندگان به ترتیب ضرایب ۰/۶۷ و ۰/۷۴ را برای باور به افکار خودآیند و فراوانی آن نشان داد. هم چنین پایایی آزمون مجدد با فاصله‌ی یک ماه ۰/۸۶ بدست آمده است (۳۰). در این مطالعه فقط فراوانی افکار خودآیند منفی نمره‌گذاری گردید و آلفای کرونباخ ۰/۹۵ برای آن بدست آمد.

مقدار VIF، $3/9$ = بیشترین مقدار عامل تحمل) رعایت گردید. سپس ۱۹ داده پرت حذف گردید و تعداد نمونه برای تجزیه و تحلیل به ۵۰۰ نفر تقلیل یافت. شکل ۲ ضرایب استاندارد مسیرها را نشان می‌دهد.

همان طوری که شکل ۲ نشان می‌هد تمامی مسیرهای مستقیم معناداری هستند. این مدل توانست ۰/۳۲ درصد از واریانس وسواس فکری-عملی را تبیین کند. جدول ۳ نیز معناداری مسیرها را نشان می‌دهد.

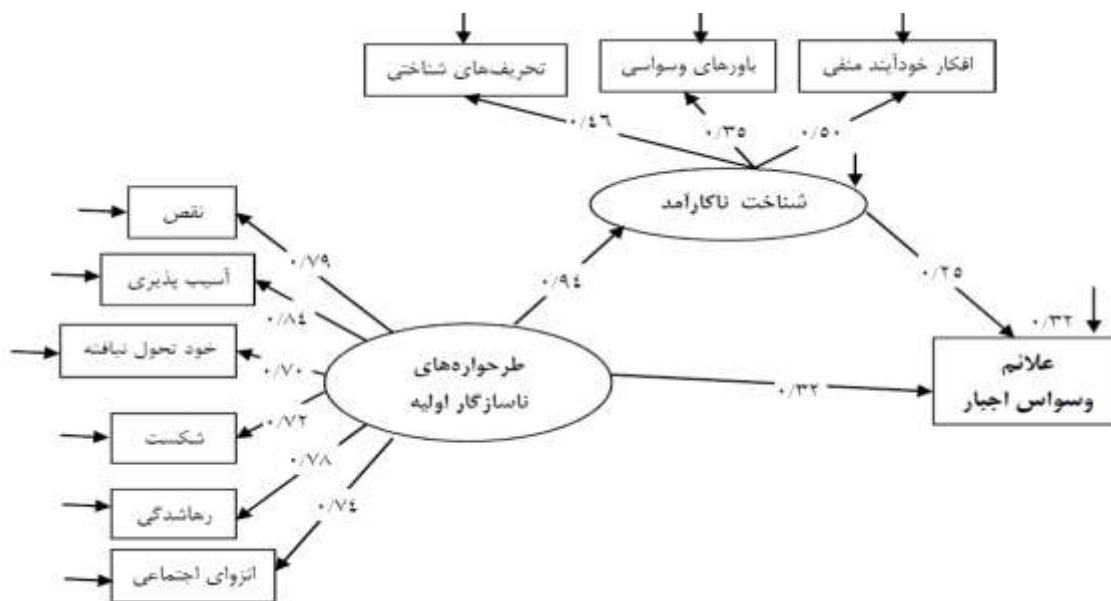
همانطوری که جدول ۳ نشان می‌دهد ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم طرحواره‌های ناسازگار به وسواس فکری-عملی ($P < 0/0001$ ، $\beta = 0/32$)، طرحواره‌های ناسازگار به شناخت ناکارآمد ($P < 0/0001$ ، $\beta = 0/44$) و شناخت ناکارآمد به وسواس فکری-عملی ($P < 0/0001$ ، $\beta = 0/25$) معنادار هستند. در این مطالعه به منظور آزمون برازش مدل، از شاخص‌های مجذور خی (X^2)، شاخص مجذور خی بر درجه آزادی (X^2/DF)، شاخص نیکویی برازش (GFI؛ Goodness of Fit Index)، ریشه ی میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA؛ Root Mean Squared Error of Approximation)، شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI؛

بوت استرپ (Bootstrap) با فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد و ۵۰۰۰ بار نمونه‌گیری استفاده شد و نتایج حاصل از آن نشان داد که اثر غیرمستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر وسواس به واسطه شناخت ناکارآمد معنادار می‌باشد. چون بوت استرپ با فاصله‌ی اطمینان ۹۵ درصد صفر را شامل نمی‌شد و حد پایین آن برابر با ۰/۱۴ و حد بالای آن برابر با ۰/۳۱ بود (CI=۰/۱۴-۰/۳۱). همچنین اثر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر وسواس (۰/۰۱۱)، طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر شناخت ناکارآمد (۰/۰۰۷) و اثر مستقیم شناخت ناکارآمد بر وسواس (۰/۰۱۸) معنادار بودند (P<۰/۰۵). بعلاوه، اثر کلی طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر وسواس (P<۰/۰۱، P=۰/۰۰۹، اثر کلی) معنادار بود.

(Comparative Fit Index)، شاخص توکر-لویس (Tucker-Lewis؛ TLI) و برازندگی هنجار شده بنتلر-بانت (Bentler-Bonett normed fit؛ NFI؛ index) استفاده گردید. جدول ۴ مقادیر شاخص‌های برازش را نشان می‌دهد.

همان طوری که جدول ۴ نشان می‌دهد مدل پیشنهادی برای وسواس فکری-عملی از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشد. در این مدل فقط مجذور خی (X²) در دامنه‌ی غیر قابل قبول قرار داشت که در نمونه‌هایی با حجم بالا قابل انتظار است.

از آن جا که در مدل حاضر یک اثر غیر مستقیم (اثر طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر وسواس به واسطه‌ی شناخت ناکارآمد) وجود داشت برای آزمون آن از روش پیشینه‌سازی



شکل ۲: ضرایب استاندارد مسیرهای مستقیم در مدل پیشنهادی وسواسی؛ N=۵۰۰، df=۳۳؛ تمامی مسیرها و بارهای عاملی در سطح P<۰/۰۰۰۱ معنادار هستند

جدول ۱: توزیع فراوانی نمونه براساس وضعیت تأهل، مدرک تحصیلی و جنسیت

شاخص	وضعیت	تأهل	جنسیت	مدرک تحصیلی			زن	سیکل	دیپلم	فوق دیپلم	لیسانس	ارشد	دکتری
				متأهل	مطلقه	مرد							
فراوانی	۷۱	۴۲۵	۰	۳۶۲	۱۳۶	۴۰	۱۹۷	۱۰۷	۱۱۸	۲۰	۵		
درصد	۱۴/۲	۸۵	۰	۷۲/۴	۲۷/۲	۸	۳۹/۴	۲۹/۴	۲۳/۶	۴	۱		

جدول ۲: ماتریس همبستگی و شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش (N=۵۰۰)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱-رهاشدگی	-	۰/۵۶**	۰/۵۹**	۰/۵۱**	۰/۶۵**	۰/۶۰**	۰/۳۳**	۰/۳۴**	۰/۴۰**	۰/۴۴**
۲-انزوا		-	۰/۷۲**	۰/۵۸**	۰/۶۴**	۰/۴۶**	۰/۳۱**	۰/۲۰**	۰/۴۲**	۰/۳۷**
۳-نقص			-	۰/۶۱**	۰/۶۷**	۰/۵۲**	۰/۴۱**	۰/۵۱**	۰/۴۰**	۰/۳۸**
۴-شکست				-	۰/۶۲**	۰/۵۱**	۰/۲۳**	۰/۲۴**	۰/۳۳**	۰/۳۷**
۵-آسیب پذیری					-	۰/۵۷**	۰/۳۴**	۰/۲۶**	۰/۳۸**	۰/۴۴**
۶-خودگرفتار						-	۰/۲۸**	۰/۳۶**	۰/۳۰**	۰/۳۸**
۷-تحریف شناختی							-	۰/۱۱*	۰/۲۰**	۰/۳۸**
۸-باور وسواسی								-	۰/۱۰*	۰/۲۹**
۹-افکار خودآیند									-	۰/۲۸**
۱۰-وسواس										-
میانگین	۱۰/۲۸	۹/۳۴	۸/۸۹	۱۰/۱۱	۹/۷۴	۱۱/۰۹	۱۴۳/۹۳	۱۶۲/۶۸	۴۴/۲۴	۲۰/۵۲
انحراف معیار	۴/۵۷	۳/۸۵	۳/۹۷	۴/۲۶	۴/۶۷	۴/۷۵	۳۱/۷۴	۴۷/۶۴	۱۷/۰۸	۱۰/۹۳

*P<۰/۰۵، **P<۰/۰۱

جدول ۳: پارامترهای روابط مستقیم متغیرها در مدل پیشنهادی

مسیرها	خطای استاندارد	بتای استاندارد (β)	نسبت بحرانی (CR)	سطح معنی داری
طرحواره های ناسازگار به وسواس فکری-عملی	۰/۲۱	۰/۳۲	۷/۳۱	۰/۰۰۰۱
طرحواره های ناسازگار به شناخت ناکارآمد	۰/۲۲	۰/۹۴	۱۰/۲۵	۰/۰۰۰۱
شناخت ناکارآمد به وسواس فکری-عملی	۰/۰۶	۰/۲۵	۵/۱۳	۰/۰۰۰۱

جدول ۴: شاخص‌های برازش مدل پیشنهادی

شاخص‌ها	ارزش	دامنه‌ی قابل قبول	نتیجه
مجذور خی (X^2)	۱۴۳/۷۶	>۰/۰۵	
سطح معناداری (P .value)	۰/۰۰۰۱		نامطلوب
مجذور خی بر درجه آزادی (X^2/DF)	۴/۳۵	<۵	مطلوب
شاخص نیکویی برازش (GFI)	۰/۹۴	>۰/۹۰	مطلوب
ریشه میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA)	۰/۰۸۲	<۰/۱	مطلوب
شاخص برازش مقایسه‌ای (CFI)	۰/۹۵	>۰/۹۰	مطلوب
شاخص توکر-لویس (TLI)	۰/۹۳	>۰/۹۰	مطلوب
برازندگی هنجار شده بتلر-بانت (NFI)	/۹۳	>۰/۹۰	مطلوب

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف آزمون برازندگی مدل پیشنهادی برای وسواس فکری-عملی در جمعیت ایرانی صورت گرفت (شکل ۱) و شاخص‌های برازش نشان دادند که مدل پیشنهادی از برازش مطلوبی برخوردار می‌باشد. در این مطالعه، رابطه‌ی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، شناخت ناکارآمد و علائم وسواس، معنادار بود. همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیه قادر بود شناخت ناکارآمد را به طور مستقیم پیش‌بینی کند. علاوه بر این، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شناخت ناکارآمد، توانستند وسواس فکری-عملی را به طور مستقیم پیش‌بینی کنند.

اثر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر شناخت ناکارآمد با مطالعات ریعی و همکاران (۲۱)، کالویت (Calvete)، و همکاران (۳۱)، پوسل (Pospel) و همکاران (۳۲) و بلک (Black) و همکاران (۱۴) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت در نظریه‌های شناختی به سه سطح از شناخت اشاره شده است. این سه سطح عبارتند از: باورهای بنیادین (Core Beliefs)، باورهای میانجی (Mediator Beliefs) (مثل باورهای

وسواسی)، و افکار خودآیند (Automatic Thoughts) منفی. علاوه بر این سه سطح، خطاها یا تحریف‌های شناختی (Cognitive Distortion) نیز یکی از اجزای مهم در مدل شناختی محسوب می‌شوند. باورهای بنیادین، عمیق‌ترین سطح شناخت‌ها هستند. در نظریه‌ی شناختی برای توصیف این سطح شناخت، از واژه طرحواره‌ی استفاده شده است. طرحواره، ساختاری در نظام پردازش اطلاعات است و باورهای بنیادین، محتوای این ساختار محسوب می‌شوند. باورهای میانجی دومین سطح از شناخت‌ها هستند. این باورها از نظر اثری که بر پردازش اطلاعات و هیجان دارند، مابین طرحواره و افکار خودآیند منفی قرار دارند. افکار خودآیند منفی، سطحی‌ترین لایه‌ی شناخت‌ها هستند. این افکار، آشکارترین و قابل دسترس‌ترین سطح شناخت‌ها را تشکیل می‌دهند. به صورت کلی، طرحواره‌های ناسازگار در بیماران وسواسی، خیلی کلی، فراگیر، سخت‌گیرانه، منفی و غیرمنطقی می‌باشند و باعث می‌شوند فرایندهای طبیعی ذهن، با تحریف شناختی همراه

شوند و باورهای وسواسی و افکار خودآیند منفی افزایش یابند (۲۱).

از دیگر یافته‌های این پژوهش، اثر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر وسواس فکری-عملی بود که با مطالعات لانچر (Lochner) و همکاران (۱۰)، آتالی (Ataly) و همکاران (۱۱)، هالند و همکاران (۷) و کیم (Kim) و همکاران (۹) هماهنگ می‌باشد. در تبیین این یافته، نیز می‌توان گفت که افرادی که طرحواره نقص/شرم دارند، احساس می‌کنند افرادی ناقص، بد، حقیر یا بی‌ارزش‌اند و اگر خود را در معرض نگاه دیگران قرار دهند، بدون شک طرد می‌شوند. این طرح‌واره، معمولاً با احساس شرم نسبت به نقایص ادراک شده همراه است و افرادی که این طرحواره را دارند، تمام ویژگی‌های شخصیتی خود را ناقص می‌پندارند. به همین منظور، رفتارهای نازرنده‌سازی خود و اجازه دادن به دیگران برای نازرنده‌سازی آن‌ها، از رفتارهای معمول آن‌ها می‌شود. در نتیجه حس متفاوت بودن فرد یا عدم تناسب با اجتماع شکل می‌گیرد و بیماران احساس می‌کنند به هیچ گروه یا جامعه‌ای، احساس تعلق خاطر ندارند (طرحواره ی انزوای اجتماعی). در این راستا، احتمال دارد آن‌ها احساس رهاشدگی کنند چون معتقدند که ناقص و بی‌ارزشند، به جامعه و گروه خاصی تعلق ندارند و افکار آن‌ها دارای محتوای آسیب‌رسان می‌باشد. همه ی این‌ها باعث می‌گردد فرد احساس کند در روابط بین‌فردی و درون‌فردی شکست خواهد خورد، لذا احساس شکست به او دست می‌دهد که نهایتاً فرد را درگیر افکار وسواسی می‌کنند (۳۳). به عبارت دیگر، افرادی که طرح‌واره ی آسیب‌پذیری نسبت به ضرر دارند، شدیداً می‌ترسند مبادا هر لحظه دچار یک فاجعه شوند و نتوانند با آن مقابله کنند. این افراد از چنین فجایعی می‌ترسند: (۱) پزشکی (مانند بروز بیماری‌ها)، (۲) هیجانی (مانند از دست دادن کنترل) و (۳) محیطی (مانند وقوع تصادف). افرادی که طرح‌واره شکست دارند، معتقدند بدون

شک در دست یابی به حد معمول پیشرفت (زمینه‌هایی مثل تحصیل، ورزش، شغل) شکست خواهند خورد و در مقایسه با هم سن و سالهای شان، خیلی بی‌کفایت‌اند. افرادی که طرحواره ی خودتحويل نیافته دارند نگرانند بدون یاری دیگران نتوانند کاری انجام دهند و افرادی که طرحواره ی رهاشدگی دارند همواره با این موضوع اشتغال ذهنی دارند که آیا توسط دیگران پذیرفته می‌شوند یا نه. در نتیجه افکارهای تکراری و وسواسی و در پی آن رفتارها و تشریفات اجباری (وسواس عملی) ایجاد می‌گردد (۸ و ۳۳) از دیگر یافته‌های این پژوهش، معناداری اثر مستقیم شناخت ناکارآمد بر وسواس بود که با یافته‌های تیلور (Taylor) و همکاران (۲۰)، باپتیستا (Baptista) و همکاران (۱۷) و یار (Viar) و همکاران (۱۹۸)، نووارا (Novara) و همکاران (۱۹)، هزل (Hezel) و همکاران (۱۵)، آلبرت (Albert) و همکاران (۱۶) همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت براساس نظریه ی شناختی، تفاوت اساسی بین افکار مزاحم بهنجار و وسواس‌ها در معنایی است که افراد وسواسی به افکار مزاحم خود می‌دهند. بیماران وسواسی، این افکار را نشانه‌ای از آسیب احتمالی می‌بینند که ممکن است به خودشان یا دیگران برسد و نیز فکر می‌کنند که آنان ممکن است در قبال این آسیب (با پیشگیری از آن) مسئول باشند (۳۴). همچنین سالکوسکیس (Salkovskis) و همکاران (۳۵) معتقدند است زمانی که افکار مزاحم، شناخت ناکارآمد درباره ی میزان مسئولیت فرد در قبال سلامتی خود و دیگران را فعال می‌سازد (تحریف شناختی مسئولیت افراطی)، شدت و فراوانی آن‌ها افزایش می‌یابد. این تحریف شناختی، منجر به فعال سازی باورهای وسواسی (حتی اگر احتمال صدمه و آسیب ضعیف باشد، من باید به هر قیمتی از وقوع آن جلوگیری کنم) می‌شود. سالکوسکیس و همکاران (۳۵) بر این باورند که این عقاید، نقش مهمی در افزایش مسائل وسواسی دارند، زیرا سبب به وجود آمدن

پیش‌بینی‌های منفی درباره‌ی افکار (مانند، داشتن چنین افکاری بدین معناست که من می‌خواهم آنها را انجام دهم) و در پی آن سبب پیدایش این باور می‌شود که فرد باید برای جلوگیری از این اعمال، در رابطه با افکارش کاری کند (فعالیت‌های خنثی‌ساز مانند بازداری، جستجوی ایمنی، اجتناب و اعمال اجباری). از طرف دیگر فعالیت‌های خنثی‌ساز، خود سبب ثبات شناخت ناکارآمد و سبب بروز بیشتر افکار مزاحم و خودآیند می‌شوند.

بعلاوه، در این مطالعه اثر غیر مستقیم طرحواره‌های ناسازگار اولیه بر وسواس با واسطه‌ی شناخت ناکارآمد معنادار بود که با یافته‌های ربیعی و همکاران (۲۱)، پوسل (Possel) و همکاران (۳۲) و کالویت (Calvete) و همکاران (۳۱) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرحواره‌ها به عنوان عمیق‌ترین سطوح روانی، پردازش اطلاعات را هدایت می‌کنند. در این راستا، حتی زمانی که شواهدی برای رد طرحواره‌ها ارایه شود، بسیاری از افراد، اطلاعات را تحریف می‌کنند تا اعتبار طرحواره‌های ناسازگار اولیه را تأیید کنند (۸). به عبارت دیگر، این طرحواره‌ها بعد از فعال شدن در سطح شناختی ظاهر می‌گردند و اطلاعات شناختی را تحریف می‌کنند (مثل مسئولیت افراطی؛ هر اتفاقی که رخ بدهد من مقصر هستم)، منجر به باورهای وسواسی می‌گردد (اگر هنگام پیش‌بینی خطر، اقدامی نکنم، در آن صورت، من برای هر پیامد آن مقصر خواهم بود) و در سطح آشکارتر افکار خود آیند منفی را هدایت می‌کنند (مثل، نمی‌توانم به کارها سر و سامان بدهم). در تبیین احتمالی دیگر می‌توان گفت که بیماران وسواسی، ارزیابی اولیه نادرستی از تهدید دارند که شامل بیش برآورد احتمال تهدید و پیامدهای منفی آن است. علاوه بر این، ارزیابی ثانویه نادرستی نیز رخ می‌دهد که در آن بیماران توانایی

خود را برای مقابله با تهدید کم برآورد می‌کنند. هم ارزیابی اولیه تهدید و هم ارزیابی آسیب‌پذیری ثانویه، بر باورهای نیمه‌هشیار (عمیق) ناکارآمد معینی مبتنی‌اند. بعضی از این باورها عبارتند از: ۱- انسان باید کامل باشد (طرحواره کمال‌گرایی)، ۲- اشتباهات باید سرزنش شوند (طرحواره نقص)، ۳- برخی افکار خاص بسیار غیرقابل قبول هستند، زیرا می‌توانند باعث شوند برخی فجایع رخ دهند (طرحواره آسیب‌پذیری). این ارزیابی‌های اولیه و ثانویه که ناشی از طرحواره‌های ناسازگار هستند باعث احساس عدم قطعیت، فقدان کنترل و اضطراب خواهند شد. چون درک افراد وسواسی این است که نمی‌توانند به شیوه واقع‌گرایانه و سازگارانه با این پریشانی مقابله کنند، به عنوان بهترین گزینه برای کاهش پریشانی، به آیین‌های جادویی و راهبردهای اجباری پناه می‌برند (۸، ۳۵).

نتیجه‌گیری

به صورت کلی، این پژوهش نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه و شناخت ناکارآمد اثر مستقیم بر وسواس داشت. همچنین طرحواره‌های ناسازگار اولیه اثر غیرمستقیم (از طریق شناخت ناکارآمد) بر وسواس داشت که در درمان این اختلال باید مورد توجه قرار بگیرند. پژوهش حاضر خالی از محدودیت نبود که مهمترین آنها عبارت‌اند از: استفاده از ابزارهای خودسنجی که احتمال سوگیری بیشتری دارند، استفاده از نمونه‌های غیربالینی و عدم استنتاج روابط علی- معلولی به علت مقطعی بودن، لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی با در نظر گرفتن این محدودیت‌ها انجام گیرد و همچنین برای تبیین واریانس بیشتری از وسواس با سایر متغیرهای شناختی، رفتاری و فراشناختی مدل جامع‌تری تدوین نمایند.

منابع

- 1-American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington: Author; 2013: P. 409.
- 2-Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2009; 18(1): 23–33.
- 3-Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007: P. 98.
- 4-Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Greenwald S, Hwu HG, Lee CK, et al. The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder. The Cross National Collaborative Group. *J Clin Psychiatry.* 1994; 55: 5-10.
- 5-Berry L, Laskey B. A review of obsessive intrusive thoughts in the general population. *J Obsessive Compuls Relat Disord.* 2012; 1(2):125-132.
- 6-Murray CJL, Lopez AD. *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.* Boston: Harvard University press; 1996: P. 129.
- 7-Haaland AT, Vogelb PA, Launes G, Haalanda VO, Hansen B, Solem S, Himle J. The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2011; 49(14):781-788.
- 8-Young J, Klosko S, Weishaar E. *Schema therapy: apractitioner's guide.* New York: Guilford Press; 2003: PP. 24-49.
- 9-Kim JU, Lee SW, Lee SJ. Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Res.* 2014; 215(1):134-140.
- 10-Lochner C, Seedat S, Du-Toit P, Nel D, Niehaus D, Sandler R, Stein D. Obsessive-compulsive disorder and trichotillomania: a phenomenological comparison. *BMC Psychiatr.* 2005; 5(2): 2-12.
- 11-Atala, H, Atalay F, Karahan D, Çaliska, M. Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: across-sectional. study. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2008; 12(4):268–279.
- 12-Goudarzi, N, Khosravi Z, Dehshiri GR. Early Maladaptive Schemas and Metacognitive Beliefs in People with Obsessive-Compulsive Disorder, Obsessive-Compulsive Personality Disorder and Normal People. *J Clin Psychol.* 2016; 3(31):25-35.
- 13-Beck AT. *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York; International Universities Press: 1967; PP. 52-89.
- 14-Black SW, Possel P. Integrating Beck's Cognitive Model and the Response Style Theory in an Adolescent Sample. *J Youth Adolesc.* 2015; 44(1): 195-210.
- 15-Hezel DM, McNally RJ. A Theoretical review of cognitive biases and deficits in obsessive compulsive disorder. *Biol Psychol.* 2016; 24(121): 221-232.
- 16-Albert U, Barcaccia B, Aguglia A, Barbaro F, Cori DD, Bogetto F, et al. Obsessive beliefs in first-degree relatives of probands with Obsessive–Compulsive Disorder: Is the cognitive vulnerability in relatives specific to OCD?. *Pers Individ Dif.* 2015; 87(9):141–146.
- 17-Baptista MN, Magna LA, McKay D, Del-Porto JA. Assessment of obsessive beliefs: Comparing individuals with obsessive-compulsive disorder to a medical sample. *J Behav Ther & Exp Psychiat.* 2011; 42(1): 1-5.
- 18-Viar MA, Bilsky SA, Armstrong T, Olatunji BM. Obsessive Beliefs and Dimensions of Obsessive-Compulsive Disorder: An Examination of Specific Associations. *Cogn Ther Res.* 2011; 35(2): 108–117.
- 19-Novara C, Pastore M, Ghisi M, Sica C, Sanavio E, McKay D. Longitudinal aspects of obsessive compulsive cognitions in a non-clinical sample: A five-year follow-up study. *J. Behav Ther & Exp Psychiat.* 2011; 42(3): 317-324.
- 20-Taylor S, Abramowitz JS, McKay D, Calamari JE, Sookman D, Kyriosf M, Wilhelm S, Carmin C. Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive–compulsive disorder?. *Anxiety Disord.* 2006; 20(1): 85-97.
- 21-Rabiei M, Nikfarjam M, Rahnejat AM, Taghva A, Haghani M. Development and validation a metacognitive-cognitive-behavioral model for obsessive– compulsive disorder. *Ebnesina.* 20214; 16(1-2): 27-36.
- 22-Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling.* 4th ed. New York; Guilford Press: 2011; P. 129.
- 23-Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, Salkovskis PM. The obsessive-compulsive inventory: Development and validation of a short version. *Psychol Assessment.* 2002; 14(4): 485-496.

- 24-Khodayarifard M, Akbari Zardkhaneh S, Zeinali SH. Dimensional Obsessive- Compulsive Scale: Adaptation of Farsi version (DOCS-F). *J Behav Sci.* 2014; 7(4): 379-388.
- 25-Yoosefi N. Comparison of the effectiveness of family therapy based on schema therapy and Bowen's emotional system therapy on the early maladaptive schema among divorce applicant clients. *Journal of Fundamentals of Mental Health.* 2012; 4(52): 356-73.
- 26-Moulding R, Anglim J, Nedeljkovic M, Doron G, Kyrios M, Ayalon A. The Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ): Examination in Noncl. *J Assessment.* 2011; 18(3): 357-374.
- 27-Shams G, Karamghadiry N, Esmaeili-Torkanburi Y, Ebrahimkhani, N. Validity and reability of Persian version of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44). *J Cog Sci.* 2004; 6(1): 23-36.
- 28-Weissman N.A, Beck AT. "Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: a preliminary investigation: A Preliminary Investigation. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association, Toronto; 1978: March 27-31.
- 29-Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thoughts questionnaire. *Cogn Ther Res.* 1980; 4(4):383-95
- 30-Kaviany H, JAvahery F, Hadi B. Effectiveness of cognitive based mindfulness therapy (EMBCT) in reducing negative automatic thought, dysfunctional attitude, depression and anxiety: 60 days follow up. *J Cog Sci.* 2005; 7(1): 49-59.
- 31-Calvete F, Orue I, Hanki BL. A Longitudinal Test of the Vulnerability-Stress Model with Early Maladaptive Schemas for Depressive and Social Anxiety Symptoms in Adolescents. *J Psychopathol Behav Assess.* 2015; 37(1): 85-99.
- 32-Possel P, Knopf K. Bridging the gaps: an attempt to integrate three major cognitive depression models. *Cog Res Ther.* 2011; 35(4): 342-358.
- 33-Weingarden H, Renshaw KD. Shame in the obsessive compulsive related disorders: a conceptual review. *J Affect Disord.* 2015; 171(15):74-84.
- 34-Salkovskis PM, Forrester E, Richard HC. The Cognitive behavioral approach tounderstanding obsessional thinking. *Bri J Psychiatr,* 1989; 173(35): 53-63.
- 35-Clark DA. *Cognitive-behavioral therapy for OCD.* New York: Guilford Press; 2004: P. 214.

The Mediating Role of Dysfunctional Cognition between Early Maladaptive Schemas and Obsessive Compulsive Disorder

Alireza Mokhbere-Dezfuli¹, Fatemeh Rezaei^{2*}, Masoud Sadeghi³

1-Ph.D Student of General Psychology.
2-Assistant Professor of Psychology.

1,2-Department of Psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran.

*Corresponding author:

Fatemeh rezaei; Department of Psychology, Lorestan University, Khoramabad, Iran.
Tel: +989133662515
Email: rezaeipsyc@gmail.com

Abstract

Background and Objective: Cognitive models state that cognitions are organized hierarchically, so that the underlying maladaptive schemas affect behavior via superficial cognitive processes. This study aimed to determinate the mediating role of dysfunctional cognition between early maladaptive schemas and obsessive compulsive disorder.

Subjects and Methods: The subjects of this descriptive-cross-sectional research were 500 employees of Khuzestan steel company who were selected via multi-phases random sampling method. In this study the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R), the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44), the Dysfunctional Attitude Scale (DAS), the Early Maladaptive Schemas' Questionnaire-Short Form (SQ-SF) and the Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ) were used. Data was analyzed by using Pearson correlation and structural equation modeling via SPSS₁₉ and AMOS₁₉.

Results: Results showed that the proposed model fit clinical sample extremely well. In this the model early maladaptive schemas and the dysfunctional cognition had significant direct effect on obsessive compulsive ($P < 0.0001$). Also, dysfunctional cognition mediated between early maladaptive schemas and obsessive compulsive significantly ($CI = 0.14-0.31$).

Conclusion: Present study showed that early maladaptive schemas affect surface- level of cognitive processes. This study suggests that it is better to attend to early maladaptive schemas and dysfunctional cognition in treating obsessive compulsive disorder.

Keywords: Early maladaptive schemas, Dysfunctional cognition, Obsessive compulsive.

► Please cite this paper as:

Mokhbere-Dezfuli AR, Rezaei F, Sadeghi M. The Mediating Role of Dysfunctional Cognition between Early Maladaptive Schemas and Obsessive Compulsive Disorder. *Jundishapur Sci Med J* 2016;15(6):717-731.

Received: Nov 21, 2016

Revised: July 9, 2017

Accepted: Jan 25, 2017